

インターネットでのご加入手続きをお勧めします！

わかりやすい！

「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」

便利！

# インターネット操作マニュアル

簡単！

保険料が  
自動計算！

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

## インターネット加入手続きのメリット

1. 契約内容の変更も簡単！
2. 保険料の計算は、自動計算！
3. 契約状況の確認が可能！
4. 加入者証の印刷が可能！
5. 次回の申込もスムーズ！

## 締 切 日

「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」

① 2月15日加入の場合

**2月14日（日）**

③

中途加入の場合

**毎 日**

「休業補償保険・長期休業補償保険」

② 2月15日加入の場合

**1月29日（金）**

（日本薬剤師会書類必着）

\*詳細は各パンフレットをご参照ください。

団体認証番号： **jpa**

ID：

パスワード：

※控えとしてご利用ください。

日本薬剤師会会員専用  
「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」  
ホームページサービス利用について

損保ジャパン日本興亜(株)は、日本薬剤師会会員専用 薬剤師賠償責任保険ホームページサービスを提供します。

ホームページサービスを利用する場合は、下記事項を遵守してご利用ください。

■利用について

- 加入者IDおよびパスワードを第三者に貸したり、第三者と共有したり、第三者に開示しないととも、第三者に漏洩することのないよう管理してください。
- 加入者IDおよびパスワードにより本サービスが利用されたときには、利用者自身の利用とみなされることに同意するものとします。ただし、故意または過失により加入者IDおよびパスワードが第三者に利用された場合にはこの限りではありません。
- 加入者IDおよびパスワードが第三者に使用されていることが判明した場合、すみやかにその旨を損保ジャパン日本興亜(株)に連絡してください。

# 目次

## 1 加入者ID、パスワードの取得

1. 会員専用ホームページアクセス先 [詳細は P. 2 へ](#)
2. 新規IDの取得 [詳細は P. 2 へ](#)
3. パスワードの変更 [詳細は P. 3 へ](#)

## 2 加入申し込みの流れ

1. 薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）加入申込み [詳細は P. 4 へ](#)
  - ・ 加入者証の印刷 [詳細は P. 6 へ](#)
  - ・ 契約プランの変更方法 [詳細は P. 7 へ](#)
2. 休業補償保険加入申込み [詳細は P. 8 へ](#)
3. 長期休業補償保険加入申込み [詳細は P. 11 へ](#)

## 3 その他の機能・変更手続き

1. 保険の説明（パンフレット） [詳細は P. 14 へ](#)
2. お問い合わせ・ご登録ID情報の変更 [詳細は P. 14 へ](#)
3. 年度途中の変更手続き [詳細は P. 15 へ](#)

[利用上のご注意](#) [詳細は P. 16 へ](#)

# 1

# 加入者ID、パスワードの取得

## 1

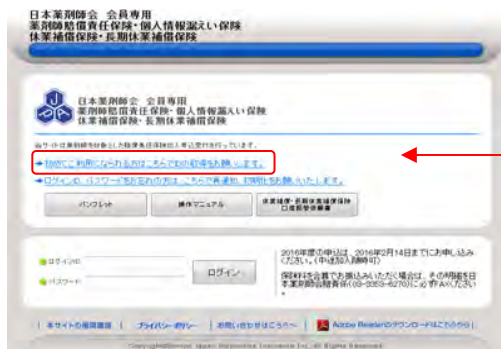
会員専用「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」 ホームページにアクセス

「日本薬剤師会ホームページ」または 下記「URL」 にアクセスします。

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

## 2

新規IDの取得<初めてネット申込をされる方>



以前ネット申込をされている方はID取得は不要です。

①「初めてご利用になる方はこちらでIDの取得をお願いします。」をクリックしてください。



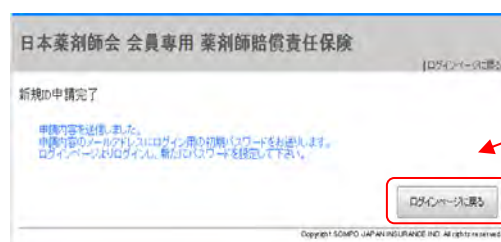
迷惑メール対策で受信／拒否設定をされている場合は、申請の前にドメイン名<dantaihoken.net>からメールが届くように設定を変更してください。

②新規IDの申請のため必要事項を入力し送信ボタンを押してください。

※薬局契約にご加入の場合は、氏名欄に管理薬剤師氏名を入力してください。

※メールアドレスは確認のため「メールアドレス（確認）」に、同一のメールアドレスを再度入力してください。

※団体認証番号は「jpa（半角小文字）」と入力してください。



③ご登録いただいたメールアドレスに初期パスワードが送信されますのでご確認ください。

日本薬剤師会 会員専用  
薬剤師賠償責任保険・個人情報漏えい保険  
休業補償保険・長期休業補償保険

日本薬剤師会 会員専用  
薬剤師賠償責任保険・個人情報漏えい保険  
休業補償保険・長期休業補償保険

以下の登録メールアドレスに送信されました。  
→初めてログインされる方は、こちらでID/パスワードを設定してください。  
→ログインID、パスワードをお忘れの際は、こちらで再送信、初期パスワードをお知らせいたします。

パスワード  
パスワードを再入力してください

ログイン

2014年度申請は、2014年2月14日までにお申し込みください。(申請受付終了)

薬剤師会員で済まされた場合は、その申請を日本薬剤師会に送付してください。

最新のお知らせ | プライバシーポリシー | お問い合わせはこちら | Adobe Readerのダウンロードはこちら

- ①登録メールアドレスに送信されました、初期パスワード通知メールに記載の「ID」と「初期パスワード」を入力し **ログイン** をクリックします。

日本薬剤師会 会員専用 薬剤師賠償責任保険 [ログインページへ戻る]

初期パスワード変更

パスワード

新しいパスワード  
パスワードを再入力してください

新しいパスワード(確認)  
パスワードを再入力してください

ログインページに戻る 送信

Copyright ©NMPD JAPAN INSURANCE INC. All rights reserved.

- ②初期パスワードは変更が必要です。任意のパスワードを設定してください。  
※半角英数字8文字以上32文字以内で設定してください。  
※変更したパスワードは必ずご自身で管理してください。

# 2 加入申し込みの流れ

## 1. 薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）

1

会員専用「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」 ホームページにアクセス

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>



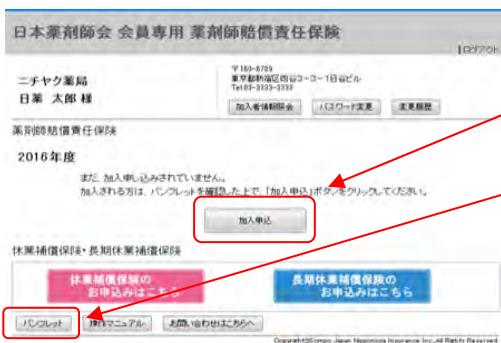
②登録済みの「ID」と「パスワード」を入力し  
「ログイン」をクリックします。

※申込にはIDの登録が必要です。

☆今後、変更手続きをされる場合も、全てこちらの画面からアクセスしてください。

2

## 加入申込画面へアクセス



「加入申込」ボタンをクリックします。

※パンフレットをご確認の上、お申し込みください。

3

## 加入内容の入力



①契約種類を選択します。

②プランを選択します。

③個人情報漏えい特約を付帯希望される場合は、保険金額を選択してください。

④「保険料を計算する」をクリックし、保険料の確認をします。

⑤他の保険契約の有無に該当があれば入力します。

⑥「確認」をクリックします。



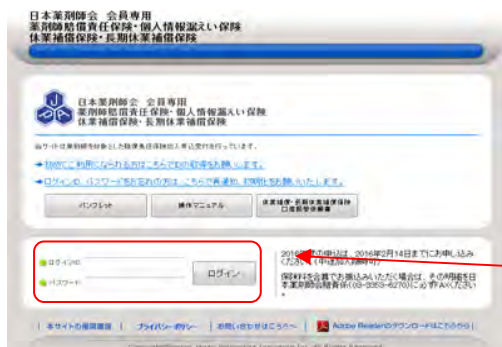
## <加入者証の印刷>

保険料入金確認後に、加入者証の印刷ができます！

※保険始期日以降になりますので、ご注意ください。

1

会員専用「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」ホームページにアクセス



① 「日本薬剤師会ホームページ」  
または 下記「URL」にアクセスします。

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

② 登録済みの「ID」と「パスワード」を入力し  
をクリックします。

2

加入者証の作成



加入者証 をクリックします。

(注)

保険料の入金確認後、保険始期日  
以降に、加入者証 が表示され、  
印刷が可能となります。

3

加入者証の印刷



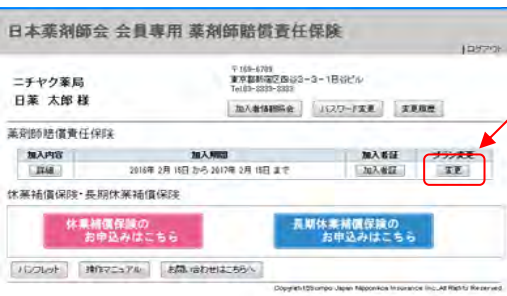
この画面が表示されたら、印刷します。

※加入者証の印刷回数に制限はありません。



# 〈ご契約プランの変更方法〉

## 1 メイン画面（申込完了後）



① 「日本薬剤師会ホームページ」または下記「URL」にアクセスします。

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

② **変更** をクリックします。

## 2 契約内容変更画面



① 契約種類、プランを選択します。

② 個人情報漏えい特約を選択します。

③ **保険料を計算する** をクリックします。

④ 追加保険料が表示されます。

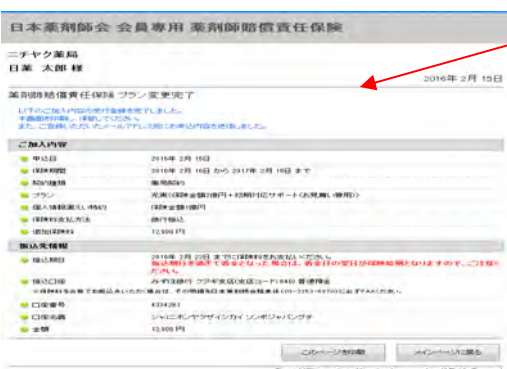
⑤ **確認** をクリックします。

## 3 契約内容確認画面



内容を確認し、**送信** をクリックします。

## 4 変更完了画面

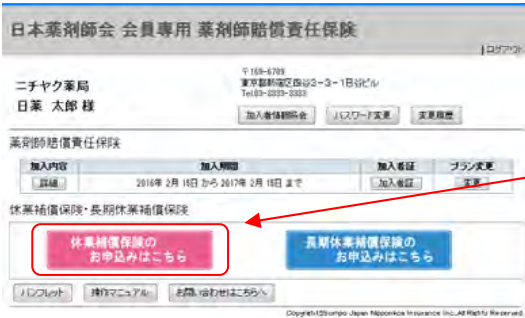


この画面が表示されれば仮申込完了です。  
※支払方法によって変更完了画面は異なります。

**【ご注意】**  
保険料をお振込みいただいて、加入手続きが完了となります。  
期日までにお振込みをお願いします。  
期日を過ぎて着金となった場合、保険始期日は着金日以降となりますので、ご注意ください。

# 2. 休業補償保険

## 1 休業補償保険の申込方法



こちらをクリック

## 2 休業補償保険の加入依頼書入力



パンフレットの内容および下記記載の個人情報の取扱いに同意される場合はチェックをお願いします。

ID登録した内容が反映されます。

法人として加入の場合は、チェックのうえ、法人名と役職名を入力してください。

＜加入者と被保険者が同じ場合＞  
にチェックをすると、加入者の情報が自動的に反映されます。

①性別 ②職種のみ選択してください。

＜加入者と被保険者が異なる場合＞  
 全ての項目を入力してください。

パンフレットの内容を確認し、型と口数を選択し、をクリックしてください。

※ 保険金額(補償限度額)の目安を計算する をクリックすると、目安が計算できます。  
 →次ページをご参照ください。

被保険者が複数いる場合は、こちらをクリックしてください。

全ての入力が終わりましたら、こちらをクリックしてください。

保険金額(補償額)の決め方

すべての項目を入力してください。

$$\left( \begin{array}{l} \text{年総収入} \\ 500 \\ \text{万円} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{l} \text{就業不能または} \\ \text{就業障害によって} \\ \text{受け取れる金額} \\ 20 \\ \text{万円} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{l} \text{配当等不労所得} \\ 10 \\ \text{万円} \end{array} \right) \div \left( \begin{array}{l} \text{平均月額所得に対する} \\ \text{保険金額割合(注)} \\ 85\% \end{array} \right) \times 12 \times 9\% = 33 \text{万円}$$

(注)平均月額所得に対する保険金額割合は、次の表のとおりです。

(1) 休業補償保険		(2) 事業主費用保障特約付休業補償保険	
被保険者が加入しているもの の任意保険割合	ご加入直前120日における所得の 平均月額所得に対する保険金額割合	被保険者	ご加入直前120日における所得の 平均月額所得に対する保険金額割合
国民健康保険 (例:個人事業主)	85%以下	個人事業主	85%以下
健康保険 (例:給与所得者)	50%以下 健康保険に属している勤務先企業から 休業補償が行われる場合は、 40%以下	上記以外	100%以下
介護保険 (例:公費負担)	40%以下		

必要項目を入力していただくと、  
保険金額の限度額が算出されます。

### 3 休業補償保険の加入依頼書出力

日本薬剤師会 休業補償保険

加入依頼書出力

下記の内容で加入依頼書を作成します。 「加入依頼書出力」ボタンをクリックしてください。  
出力した加入依頼書、口座振替依頼書等に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、  
2016年4月5日までに下記まで郵送ください。

公益社団法人 日本薬剤師会 総務部 厚生課  
〒160-8389  
東京都新宿区四谷3丁目3番地1号  
富士 304号室(小ホール)

2016年4月5日までに送付いただいた場合、口座振替初回引落は2016年9月28日となります。

項目	内容
商品名	休業補償保険
申込日	2016年 2月 11日
保険期間	2016年 4月 1日 から 2017年 3月 31日 まで
払込方法	再払
<b>加入者(保険料負担者)</b>	
郵便番号	160 - 8389
住所	東京都新宿区四谷3-3-1日比谷ビル
世帯フリガナ	トウキョウトシジウクタクシヤセ-日-1ニシヤビル
電話番号	03-3234-5678
携帯電話番号	090-1234-5678
店舗名	ジャマド薬局研究所
店舗フリガナ	ジャマドリンヤクジカクソ
薬剤師名 (法人の場合は代表者)	橋本 太郎
薬剤師フリガナ (法人の場合は代表者)	シノダ タロウ
生年月日	1967/04/29 4月 29日 生
日本薬剤師会 会員番号	123456
薬剤師番号	123456
メールアドレス	hara@compaq.jp
<b>被保険者1</b>	
被保険者	橋本 太郎
被保険者フリガナ	シノダ タロウ
性別	男性
生年月日・年齢	1967/04/29 4月 29日 生 48才
続柄	本人
職種	薬剤師
<b>保険内容</b>	
加入型	A型(基準型)
加入口数	1口
月額保険料	16,700円
月払保険料	17,000円
補償種類	給与等の費用(賃金、手当、賞与等)
事業主の名前	山田 太郎
事業主の名前フリガナ	ヤマダ タロウ
被保険者との関係	従業員
<b>他の保険契約または共済契約</b>	
会社名	ABC保険
契約日	2016年 2月 11日
保険種類	所得補償保険
保険金額	98 万円

加入依頼書出力  
加入依頼書の印刷にはAdobe Readerが必要です。

<b>被保険者2</b>	
被保険者	橋本 太郎
被保険者フリガナ	シノダ タロウ
性別	男性
生年月日・年齢	1967/04/29 4月 29日 生 48才
続柄	勤務先関係(従業員)
職種	薬剤師
<b>保険内容</b>	
加入型	B型(事業主費用特約)
加入口数	1口
月額保険料	16,700円
月払保険料	17,000円
補償種類	給与等の費用(賃金、手当、賞与等)
事業主の名前	山田 太郎
事業主の名前フリガナ	ヤマダ タロウ
被保険者との関係	従業員
<b>他の保険契約または共済契約</b>	
会社名	ABC保険
契約日	2016年 2月 11日
保険種類	所得補償保険
保険金額	98 万円

加入依頼書出力  
加入依頼書の印刷にはAdobe Readerが必要です。

Copyright © Group Japan Nihonkai Insurance, Inc. All Rights Reserved.

前画面で入力した内容が反映されます。

加入依頼書出力 をクリックし、加入依頼書等を  
印刷してください。

出力した加入依頼書、預金口座振替依頼書、  
告知書に必要な事項をご記入・ご捺印のうえ、  
下記まで郵送ください。

公益社団法人 日本薬剤師会  
総務部 会計・厚生課 損害保険担当  
〒160-8389  
東京都新宿区四谷3丁目3番地1 7階

被保険者が複数いる場合は、上記同様  
それぞれ加入依頼書等を印刷し、郵送  
をお願いします。



加入依頼書と告知書と預金口座振替  
依頼書を郵送いただかないと、申込  
はされませんので、必ず3点セット  
で郵送をお願いします。

## 加入依頼書

署名または捺印をお願いします。

## 告知書

告知日・被保険者(保険の対象となる方)名をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名・ご捺印ください。

告知事項を記入し、お客様チェック欄にチェックをお願いします。

## 預金口座振替依頼書

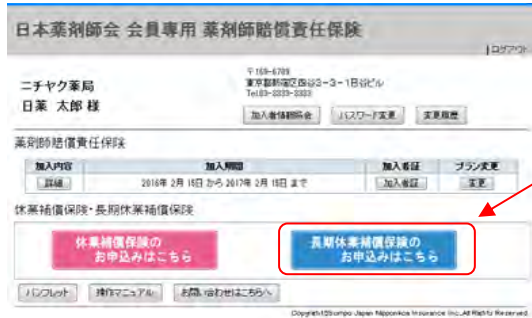
口座情報を記入してください。

必ず、金融機関お届出印を押印してください。金融機関で口座確認を済ませたうえで、日本薬剤師会へ加入依頼書・告知書と3点セットで郵送してください。

# 3. 長期休業補償保険

1

## 長期休業補償保険の申込方法



こちらをクリック

2

## 長期休業補償保険の加入依頼書入力



パンフレットの内容および下記記載の個人情報の取扱いに同意される場合はチェックをお願いします。

ID登録した内容が反映されます。

法人として加入の場合は、チェックのうえ、法人名と役職名を入力してください。

＜加入者と被保険者が同じ場合＞  
にチェックをすると、加入者の情報が自動的に反映されます。

①性別 ②職種のみ選択してください。

＜加入者と被保険者が異なる場合＞  
 全ての項目を入力してください。

パンフレットの内容を確認し、型と口数を選択し、をクリックしてください。

※ **保険金額(補償限度額)の目安を計算する** をクリックすると、目安が計算できます。  
 →次ページをご参照ください。

被保険者が複数いる場合は、こちらをクリックしてください。

全ての入力が終わりましたら、こちらをクリックしてください。

保険金額(補償額)の決め方

すべての項目を入力してください。

$$\left( \begin{array}{l} \text{年額総収入} \\ 500 \\ \text{万円} \end{array} - \begin{array}{l} \text{数票不能または} \\ \text{就業障害によって} \\ \text{支払を受ける金額} \\ 20 \\ \text{万円} \end{array} \right) + \begin{array}{l} \text{配当等不利益所得} \\ 10 \\ \text{万円} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{平均月間所得に対する} \\ \text{保険金額割合(注)} \\ 85\% \end{array} \times \begin{array}{l} \text{12} \\ \text{ヶ月} \end{array} = \begin{array}{l} \text{保険金額の限度額} \\ 33 \\ \text{万円} \end{array}$$

(注)平均月間所得に対する保険金額割合は、次の表のとおりです。

(1) 休業補償保険		(2) 事業主費用保障特約付休業補償保険	
被保険者が加入している 公的医療保険制度	加入直前120月における所得の 平均月間額に対する保険金額割合	被保険者	加入直前120月における所得の 平均月間額に対する保険金額割合
国民健康保険 (例:個人事業主)	85%以下	個人事業主	85%以下
健康保険 (例:給与所得者)	50%以下 健康保険に属して勤務先企業から 休業補償が行われる場合は、 40%以下	上記以外	100%以下
共済組合 (例:公務員)	40%以下		

必要項目を入力していただくと、  
保険金額の限度額が算出されます。

### 3 長期休業補償保険の加入依頼書出力

日本薬剤師会 長期休業補償保険

加入依頼書出力

下記の内容で加入依頼書を作成しますので、「加入依頼書出力」ボタンをクリックしてください。  
出力した加入依頼書、口座振替依頼書等に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、  
2018年4月5日までに下記まで郵送ください。

公益社団法人 日本薬剤師会 総務部 厚生課  
〒160-8389  
東京都新宿区四谷3丁目5番地1号  
薬士 損害保険ビル7階

2018年4月5日までに送付いただいた場合、口座振替初回引当金が2018年5月28日となります。

概要内容	
商品名	長期休業補償保険
申込日	2018年2月16日
保険期間	2018年4月1日 ~ 2018年2月13日
払込方法	月払
加入者(被保険者担当)	
郵便番号	100-0008
住所	東京都新宿区四谷3-3-1 日本薬ビル
住所フリガナ	トウキョウトウキョウシユウクゴヤ3-3-1ニヂヤビル
電話番号	03-3284-5768
携帯番号	090-3234-5778
役職名	ジャバニ薬局事務長
登録フリガナ	ジャバニヤクシヨウジヤ
本人名	東京製薬株式会社
本人名フリガナ	トウキョウヤクザインコウジヤ
役職名	部長
役職フリガナ	ブチョウ
会社名(法人の場合は代表者)	横澤 太郎
会社名フリガナ (法人の場合は代表者)	ヨシヅメ タロウ
生年月日・年齢	1967/昭和42年4月1日 主 61才
性別	男性
配偶	専業主婦
① 保険内容	
加入型	0 型
加入口数	10 口
月額補償	100 万円
月払保険料	30,160 円
加入依頼書出力	
加入依頼書の閲覧にはAdobe Readerが必要です。	
被保険者1	
被保険者	横澤 花子
被保険者フリガナ	ヨシヅメ ハナコ
性別	女性
生年月日・年齢	1967/昭和42年4月2日 主 61才
配偶	専業主婦
① 保険内容	
加入型	P 型
加入口数	10 口
月額補償	100 万円
月払保険料	40,870 円
② 保険金額請求権 譲受人	
譲渡する	<input type="checkbox"/>
他の保険契約または共済契約	
会社名	A B C 保険
契約日	2016年3月10日
保険種類	所得補償保険
保険金額	50万円
加入依頼書出力	
加入依頼書の閲覧にはAdobe Readerが必要です。	

前画面で入力した内容が反映されます。

加入依頼書出力 をクリックし、加入依頼書等を印刷してください。

出力した加入依頼書、預金口座振替依頼書、告知書に必要事項をご記入・ご捺印のうえ、下記まで郵送ください。  
公益社団法人 日本薬剤師会  
総務部 会計・厚生課 損害保険担当  
〒160-8389  
東京都新宿区四谷3丁目3番地1 7階

被保険者が複数いる場合は、上記同様それぞれ加入依頼書等を印刷し、郵送をお願いします。



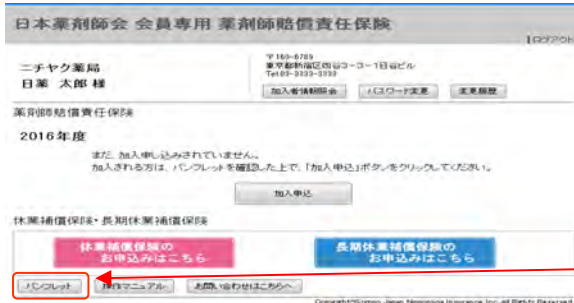
加入依頼書と告知書と預金口座振替依頼書を郵送いただかないと、申込はされませんので、必ず3点セットで郵送をお願いします。



# 3

## その他の機能・変更手続き

### 1 【保険の説明（パンフレット）】



- ① 「日本薬剤師会ホームページ」  
または下記「URL」にアクセスします。

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

- ② **パンフレット** をクリックします。

- ③ パンフレットがPDFファイルで  
表示されます。

### 2 お問い合わせ・ご登録ID情報の変更



- ① 「日本薬剤師会ホームページ」  
または下記「URL」にアクセスします。

<https://www.dantaihoken.net/nichiyaku>

- ② **お問い合わせはこちらへ** を  
クリックします。

- ③ お問い合わせ内容を入力し、送信します。

お問い合わせ内容を確認後、メール、  
もしくはお電話にてご回答させていた  
だきます。

お問い合わせメールアドレス： [kaikei@nichiyaku.or.jp](mailto:kaikei@nichiyaku.or.jp)



## 〔薬剤師賠償責任保険〕

各種変更手続きにつきましては、  
日本薬剤師会ホームページ

↓  
薬剤師のみなさまへ

↓  
会員向け福利厚生のご案内

↓  
薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）から  
各種変更届をダウンロードし、  
日本薬剤師会へ提出してください。  
（薬賠パンフレットP5参照）

## 〔休業補償保険・長期休業補償保険〕

日本薬剤師会ホームページ

↓  
薬剤師のみなさまへ

↓  
会員向け福利厚生のご案内

↓  
休業・長期休業補償から変更申込書をダウンロードし、  
日本薬剤師会へ提出してください。変更内容により、  
加入依頼書・告知書の再提出が必要になります。  
（休業パンフレットP4参照）

## 利用上のご注意

**日本薬剤師会 会員専用**  
**「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」**  
**「休業補償保険・長期休業補償保険」**  
ホームページより加入手続きする場合には、  
以下の点にご注意ください。

- ① インターネットで加入申込された場合は、払込取扱票での申込みはしないでください。  
加入申込が重複し、二重の加入となってしまいます。
- ② 保険料は期日までに必ずお振り込みください。  
保険料のお振込みがない場合は、補償が有効になりません。
- ③ 日本薬剤師会会員専用「薬剤師賠償責任保険（個人情報漏えい保険）」  
「休業補償保険・長期休業補償保険」のウェブサイトは、以下のウェブブラウザでご利用いただくことを推奨いたします。  
推奨ウェブブラウザ以外でのご利用や、推奨ウェブブラウザでもお客様の設定によっては、ご利用できない場合や正しく表示されない場合があります。
  - ・ Microsoft Internet Explorer 6.0以上（Windows版）
  - ・ Firefox（Windows版）最新版を推奨
  - ・ Safari（iPad）最新版を推奨
- ⑤ ご不明な点、ご質問等がある場合は、下記までお問い合わせください。

### 【お問い合わせ先】

● 引受保険会社 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 医療・福祉開発部 第一課  
〒100-8965 東京都千代田区霞が関3丁目7番3号  
TEL：03-3593-6435（受付時間：平日午前9時から午後5時まで） FAX：03-3593-6554

● 保険契約者 公益社団法人 日本薬剤師会 総務部 会計・厚生課 損害保険担当  
〒160-8389 東京都新宿区四谷3丁目3番地1 7階  
TEL：03-3353-1190（受付時間：平日午前9時から午後5時まで） FAX：03-3353-6270